FOR OFFICE USE ONLY

Basic Health™

NOTA: ***Utilice tinta azul o negra para llenar esta solicitud.***

¿Tiene preguntas? Llame al 1-800-321-0291

En este momento no puede agregar a nadie de su familia a menos que el nombre figure a continuación.
NO ENVÍE DINERO CON SU SOLICITUD. SE LE ENVIARÁ UNA FACTURA.

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Su dirección física o residencial (que no sea P.O. Box): _____

Dirección postal o P.O. Box, si es diferente de la anterior: _____

Número telefónico del hogar: (_____) _____ Número telefónico durante el día o para mensajes: (_____) _____

	Cuando incluya los nombres, escriba el apellido, luego el primer nombre y la inicial del segundo nombre.	*¿Ciudadano estadounidense o legalmente admitido?*	*¿Solicitando cobertura?*
ADULTOS	Su nombre: _____ Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino Número de seguro social* _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ ❑ Soltero(a) ❑ Separado(a) ❑ Casado(a) Fecha de matrimonio: _____	¿Ciudadano estadounidense o legalmente admitido como residente permanente? ❑ Sí ❑ No De ser sí, indique la fecha de entrada a los EEUU: _____	❑ Sí ❑ No
ADULTOS	Su conyuge: _____ Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino Número de seguro social* _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____	¿Ciudadano estadounidense o legalmente admitido como residente permanente? ❑ Sí ❑ No De ser sí, indique la fecha de entrada a los EEUU: _____	❑ Sí ❑ No
NIÑOS	Niño(a): _____ Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino Parentesco con usted: _____ Número de seguro social* _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ ¿Estudiante de tiempo completo? ❑ Sí ❑ No Escuela: _____	¿Ciudadano estadounidense o legalmente admitido como residente permanente? ❑ Sí ❑ No De ser sí, indique la fecha de entrada a los EEUU: _____	❑ Sí ❑ No
NIÑOS	Niño(a): _____ Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino Parentesco con usted: _____ Número de seguro social* _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ ¿Estudiante de tiempo completo? ❑ Sí ❑ No Escuela: _____	¿Ciudadano estadounidense o legalmente admitido como residente permanente? ❑ Sí ❑ No De ser sí, indique la fecha de entrada a los EEUU: _____	❑ Sí ❑ No
NIÑOS	Niño(a): _____ Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino Parentesco con usted: _____ Número de seguro social* _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ ¿Estudiante de tiempo completo? ❑ Sí ❑ No Escuela: _____	¿Ciudadano estadounidense o legalmente admitido como residente permanente? ❑ Sí ❑ No De ser sí, indique la fecha de entrada a los EEUU: _____	❑ Sí ❑ No
NIÑOS	Niño(a): _____ Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino Parentesco con usted: _____ Número de seguro social* _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ ¿Estudiante de tiempo completo? ❑ Sí ❑ No Escuela: _____	¿Ciudadano estadounidense o legalmente admitido como residente permanente? ❑ Sí ❑ No De ser sí, indique la fecha de entrada a los EEUU: _____	❑ Sí ❑ No
NIÑOS	¿Hay alguien en su familia embarazada que solicita cobertura? ❑ Sí ❑ No De ser sí, envíe el comprobante que indique el nombre de la mujer embarazada y la fecha del parto. Fecha de parto: _____ Nombre del proveedor, Dr., Clinica, Clinica o Partera _____ Número telefónico _____		

*No necesita tener un número de seguro social para inscribirse en Basic Health. Si tiene un número de seguro social, no está obligado a dárnoslo. Si desea proporcionar su número de seguro social, esto ayudará a verificar su elegibilidad.

INFORMACIÓN VOLUNTARIA

Llenar esta sección es voluntario y no afectará su inscripción, pero podría ayudarnos a asistirle mejor.

Antecedentes étnicos

- ❑ Negro/Afroamericano
- ❑ Blanco/Caucásico
- ❑ Asiático o isleño del Pacífico (AIP) Especificar: _____
- ❑ Hispano/Latinoamericano Especificar: _____
- ❑ Otro o combinación de antecedentes étnicos Especificar: _____

Idioma principal que habla:

_____

¿Recibió ayuda para llenar este formulario? De ser así, ¿de quién?

- ❑ Familiar/Amistad
- ❑ Organización sin fines de lucro local
- ❑ médico/hospital/clínica
- ❑ Oficina gubernamental, como DSHS o departamento de salud local
- ❑ Escriba el nombre de la organización o clínica que le asesoró con esta aplicación: _____

Acuerdo y firmas

Entiendo que:

- Debo presentar evidencia de mi ingreso bruto familiar (antes de impuestos) e informar cambios en los ingresos que modificarían mi prima o elegibilidad en Basic Health dentro de 30 días antes de finalizar el mes en el cual se recibió el ingreso. Con mi firma autorizo a Basic Health a verificar mi ingreso familiar con otras agencias de verificación de ingresos estatales o federales.
- Debo informar cambios de domicilio y en mi familia; por ejemplo, matrimonio o divorcio, nacimiento de un niño, o la salida de un niño del hogar o que ya no sea dependiente o estudiante de tiempo completo.
- Basic Health podría corroborar la información — comunicándose con otras agencias estatales o federales — sobre el ingreso de mi familia, residencia en el estado de Washington, elegibilidad para Medicare y otra información necesaria de verificación de elegibilidad para la inscripción en Basic Health.
- El depósito de Basic Health del pago de mi prima no garantiza la cobertura. El pago será reembolsado si no soy elegible para la misma.

Autorizo, a todo plan de salud o proveedor médico, entregar a Basic Health mis historias clínicas, o las de mis niños menores de 18 años de edad, las cuales son necesarias para poder participar en Basic Health.

Autorizo a DSHS a compartir con Basic Health la información utilizada para determinar mi elegibilidad en los programas de Asistencia Médica para contribuir a determinar mi elegibilidad en Basic Health.

He leído y comprendo la información en esta solicitud. Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo, además, que todo aquel que proporcione información falsa podría perder la cobertura, ser encontrado financieramente responsable por los servicios obtenidos bajo Basic Health o por deudas adicionales de montos en concepto de primas y podría enfrentar otras multas por procesamiento y cobranza.

EL ACUERDO DEBE CONTENER LAS FIRMAS DEL SOLICITANTE Y EL CÓNYUGE

X _____	_____	X _____	_____
Firma del solicitante	Fecha	Firma del cónyuge	Fecha

Firma de todas las personas mayores de 18 años solicitando la cobertura

X _____	_____	X _____	_____
Firma	Fecha	Firma	Fecha

La ley del estado de Washington podría requerir la divulgación de toda información que usted presenta como registro público. El Aviso de Privacidad de la Autoridad de Salud del Estado (agencia encargada de administrar a Basic Health) está disponible a su petición llamando al 360-923-2822.

Adjunte toda la documentación requerida y envíela en el sobre provisto.